

Separata ao Boletim do Exército

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
SECRETARIA-GERAL DO EXÉRCITO

SEPARATA AO BE Nº 17/2014

PORTARIA Nº 034-EME, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2014.
REPUBLICAÇÃO

Aprova a Diretriz para Planejamento da Parceria Público-Privada do Projeto de Complexos de Saúde do Exército Brasileiro (PPP-HOSPMIL) (EB20-D-08.001) e dá outras providências.

Brasília, DF, 25 de abril de 2014.



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

PORTARIA Nº 34-EME, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2014.

EB: 64535.028795/2013-98

Aprova a Diretriz para Planejamento da Parceria Público-Privada do Projeto de Complexos de Saúde do Exército Brasileiro (PPP-HOSPMIL) (EB20-D-08.001) e dá outras providências.

O **CHEFE DO ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO**, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III, do art. 3º e o inciso VIII, do art. 5º, do Regulamento do Estado-Maior do Exército (R-173), aprovado pela Portaria do Comandante do Exército nº 514, de 29 de junho de 2010, e em conformidade com o parágrafo único do art. 5º, o inciso III do art. 12, e o *caput* do art. 44, das Instruções Gerais para as Publicações Padronizadas do Exército (EB 10-IG-01.002), aprovadas pela Portaria do Comandante do Exército nº 770, de 7 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Diretriz para Planejamento da Parceria Público-Privada do Projeto de Complexos de Saúde do Exército Brasileiro (PPP-HOSPMIL) (EB20-D-08.001).

Art. 2º Determinar que o Estado-Maior do Exército, os Órgãos de Direção Setorial, os Comandos Militares de Área e os demais órgãos adotem, em suas áreas de competência, as providências decorrentes.

Art. 3º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

Gen Ex JOAQUIM SILVA E LUNA
Chefe do Estado-Maior do Exército

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

DIRETRIZ PARA PLANEJAMENTO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA DO PROJETO DE COMPLEXOS DE SAÚDE DO EXÉRCITO (PPP-HOSPMIL) (EB20-D-08.001)

ÍNDICE DE ASSUNTOS Pag

1. FINALIDADE.......... 4
2. REFERÊNCIAS.......... 4
3. OBJETIVOS.......... 4
4. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.......... 5
5. OBJETIVO GERAL DO PROJETO.......... 10
6. PLANEJAMENTO DO PROJETO.......... 11
7. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.......... 18
8. ATRIBUIÇÕES.......... 22
9. PARECER DO DGP, ODS PROPONENTE DO PROJETO.......... 28
10. PRESCRIÇÕES DIVERSAS.......... 29

1. FINALIDADE DA DIRETRIZ

- Regular as medidas necessárias ao planejamento da Parceria Público-Privada do Projeto de Complexos de Saúde do Exército (PPP-HOSPMIL).

2. REFERÊNCIA(S)

- De acordo com o constante do Anexo I.

3. OBJETIVOS DA DIRETRIZ

a. Orientar os trabalhos relativos ao planejamento e à modelagem da PPP do projeto de Complexos de Saúde do Exército (PPP-HOSPMIL).

b. Fornecer os subsídios necessários à elaboração do Sumário Executivo (SE) e dos Termos de Referência (TR) do projeto no tocante aos Complexos de Saúde de Manaus e de Brasília, a ser encaminhado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP).

c. Orientar a solução de aspectos estratégicos de interesse do Exército quanto ao planejamento e à modelagem do projeto.

d. Definir os responsáveis e as atribuições pertinentes a cada um dos diferentes órgãos do Exército envolvidos nas ações de que trata essa Diretriz.

e. Orientar a atuação do Órgão de Direção Geral (ODG), do Órgão Gestor do Projeto, dos Órgãos de Direção Setorial (ODS), dos Comandos Militares de Área (C Mil A), dos Comandos de Região Militar (Cmdo RM) e dos demais envolvidos diretamente no projeto.

4. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

a. Organizações Militares de Saúde (OMS) do Exército Brasileiro (EB)

As OMS são integrantes do Sistema de Saúde do Exército, sendo classificadas conforme o grau de complexidade dos serviços ofertados, o número de usuários assistidos e a hierarquização de atendimento proposta no Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército:

- Postos Médicos de Guarnição, tipos I, II, III e IV, num total de 28 (vinte e oito), distribuídos no território nacional;
- Policlínicas Militares, num total de 4 (quatro);
- Hospitais de Guarnição, tipos I, II, III e IV;
- Hospitais Gerais;
- Hospitais Militares de Área; e
- Organizações Militares de Saúde Especiais.

Os Hospitais de Guarnição, em número de 11 (onze), estão localizados em Alegrete-RS, Bagé-RS, Santiago-RS, Florianópolis-SC, João Pessoa-PB, Marabá-PA, Porto Velho-RO, Tabatinga-AM, São Gabriel da Cachoeira-AM, Santa Maria-RS e Natal-RN.

Os 06 (seis) Hospitais Gerais estão localizados no Rio de Janeiro-RJ, Juiz de Fora-MG, Curitiba-PR, Salvador-BA, Belém-PA e Fortaleza-CE.

Por sua vez, os 06 (seis) Hospitais Militares de Área estão sediados em Porto Alegre-RS, Recife-PE, São Paulo-SP, Campo Grande-MS, Brasília-DF e Manaus-AM.

O último elo na cadeia de evacuação médica, sendo referência do Sistema de Saúde do Exército, é o Hospital Central do Exército (HCE), Organização Militar de Saúde Especial, que está localizado no Rio de Janeiro-RJ.

Além do Hospital Central do Exército, as Organizações Militares de Saúde Especiais são:

- Centro de Recuperação de Itatiaia (CRI), em Itatiaia-RJ;
- Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQFEx), no Rio de Janeiro-RJ;
- Instituto de Biologia do Exército (IBEx), no Rio de Janeiro-RJ;
- Hospital Escolar da Academia Militar das Agulhas Negras (HE/AMAN), em Resende-RJ;
- Odontoclínica Central do Exército (OCEx), no Rio de Janeiro-RJ; e
- Hospital de Campanha (HCamp), no Rio de Janeiro-RJ.

As OMS são responsáveis pelo atendimento dos seguintes beneficiários do Sistema de Saúde do Exército:

- militares, na ativa e na inatividade, e seus dependentes;
- pensionistas militares e seus dependentes;
- servidores civis, assim considerados, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de contrato temporário, na forma da Lei nº 8.745, de 1993, lotados no EB e inscritos no PASS, além dos pensionistas de servidores civis previamente inscritos no PASS; e
- ex-combatentes e pensionistas de ex-combatentes, bem como dependentes de ex-combatentes previstos no art. 5º da Lei nº 8.059, de 1990, e os dependentes das pensionistas de ex-combatentes previstos no art. 5º da Lei nº 8.059, de 1990, e instituídos em vida pelo gerador da pensão.

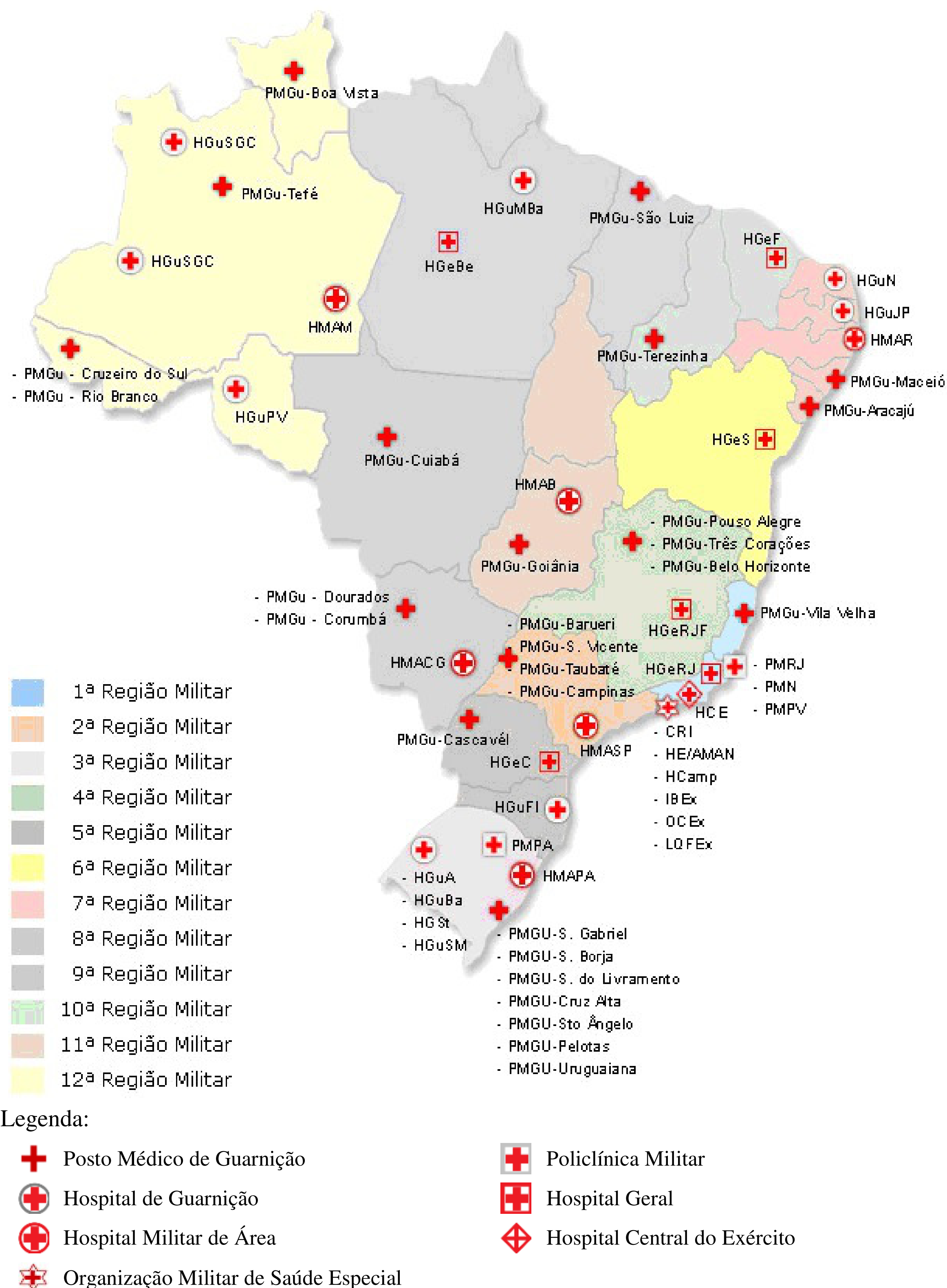


Figura 01 – Localização dos Organizações Militares de Saúde, por Unidade da Federação[1]

Fonte: Diretoria de Saúde do Exército

1 A figura retrata existência de OMS, em cada UF, sem a preocupação com a localização exata da cidade onde esta localizada a OMS.

b. Localização dos hospitais militares existentes

As OMS estão distribuídas no território nacional, sendo que para cada Comando Militar de Área existe um Hospital Militar de Área. São exceções o Comando Militar do Leste (CML)[2], pelo fato de ter em sua área de responsabilidade o HCE, e o recém criado Comando Militar do Norte (CMN)[3], ainda não aquinhoado com um Hospital Militar de Área.

Os Hospitais Militares de Área deveriam estar dimensionados para receber evacuações médicas provenientes dos Hospitais Gerais (H Ge) e dos Hospitais de Guarnição (H Gu), quando esgotadas a capacidade técnica de atendimento médico-hospitalar destes. Mesmo assim, em muitas situações, os Hospitais Militares de Área não possuem a capacidade de absorção desta demanda, nem resolubilidade para atendimentos de média e alta complexidade.

Com a disponibilização de serviços prestados por equipes médicas especializadas, os novos complexos de saúde possibilitarão que muitos casos, hoje encaminhados para outras Regiões Militares, passem a ser tratados regionalmente, evitando deslocamentos e trazendo ganhos imensuráveis tanto ao sistema de saúde quanto ao beneficiário atendido e seus familiares, bem como evitando as despesas com tais deslocamentos.

c. Capacidade instalada

Hoje, a capacidade instalada para o atendimento médico-hospitalar nas OMS está aquém da demanda decorrente da crescente necessidade de novas especialidades médicas e de equipamentos de última geração tecnológica. As demandas não atendidas pelo Sistema de Saúde do Exército são encaminhadas para Organizações Civis de Saúde (OCS), mediante contratos/convênios, sobrecarregando financeiramente o sistema de saúde, principalmente nos atendimentos de média e alta complexidade.

A implantação de novos complexos militares de saúde por intermédio de PPP propiciará estruturas mais modernas, com resolubilidade no atendimento médico-hospitalar e diminuição no número de encaminhamentos às OCS, além de acentuada redução dos gastos públicos.

Também se visualiza a possibilidade de exploração, pelo parceiro privado, de instalações e de equipamentos dos novos complexos de saúde que, porventura, disponham de capacidade ociosa, produzindo receitas acessórias e reduzindo o impacto financeiro do investimento.

d. Idade das construções

A grande maioria das OMS está localizada em prédios antigos, alguns tombados pelo Patrimônio Histórico, o que acarreta problemas estruturais, principalmente nas redes de esgoto, elétrica e hidráulica, além de serem afetados por problemas no sistema de águas pluviais. Alguns hospitais, inclusive, foram adaptados em instalações construídas para outras finalidades, com condições de atendimento e de circulação que dificultam o bom funcionamento da Unidade de Saúde.

Estes problemas estruturais, por vezes, limitam ou, até mesmo, impedem o atendimento de aspectos estabelecidos no Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (Resolução RDC nº 50[4], de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA).

A utilização de Parceria Público-Privada (PPP) para a implantação de novos complexos militares de saúde, empregando a "*expertise*" de empresas privadas preparadas para este fim, dará condições para ampliação e aperfeiçoamento dos serviços de saúde prestados pelo Sistema de Saúde do Exército, sem a necessidade de dispêndio imediato de vultosos recursos orçamentários.

---

2 CML - abrange os Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais.

3 CMN – abrange os Estados do Pará, Maranhão e Amapá.

4 Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

e. <u>Espaço físico para ampliação das OMS atualmente existentes</u>

Devido às estruturas físicas antigas, que já sofreram várias reformas, ampliações e/ou readequações, os espaços onde estão localizadas as atuais OMS geralmente não permitem a execução de novas adaptações ou ampliações a fim de dotar as estruturas existentes com novas alas hospitalares.

A implantação de complexos de saúde por intermédio de PPP, fruto de estudo de demanda a ser elaborado, proporcionará a seleção de áreas melhor localizadas para atendimento do público-alvo, além de possibilitar arquiteturas hospitalares mais modernas e adequadas às demandas médico-hospitalares dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro.

f. <u>Situação dos equipamentos existentes</u>

Com o desenvolvimento do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército, as atuais OMS estão recebendo equipamentos, principalmente de exames de imagem de alta tecnologia, buscando-se, assim, dispensar um melhor atendimento ao beneficiário do sistema.

Mesmo com esta iniciativa, ainda há diversas localidades que carecem de investimentos em infraestrutura de saúde, necessários para reduzir os excessivos custos com encaminhamentos para as OCS. Além disso, muitos dos equipamentos, atualmente em operação, possuem alto custo de manutenção, devido à obsolescência tecnológica dos mesmos, às dificuldades na obtenção de peças de reposição, bem como carência de técnicos aptos a executar a sua manutenção.

A delegação da operação ao parceiro privado, com a possibilidade de obtenção de receitas acessórias, possibilitará que os novos complexos de saúde sejam aparelhados com equipamentos de última geração tecnológica, diminuindo gastos com manutenção e propiciando melhoria acentuada nos tratamentos dos beneficiários.

g. <u>Emprego da Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS)</u>

O Sistema de Saúde do Exército e os Hospitais Militares, conjuntamente, não possuem um adequado suporte de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), dificultando uma série de iniciativas que poderiam beneficiar tanto o corpo clínico quanto os beneficiários do Sistema, com redução de custos e aumento de rapidez nos procedimentos médico-hospitalares e administrativos.

A implantação de novos complexos de saúde e a consequente implantação, emprego e operação, pelo parceiro privado, de uma adequada Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) possibilitará melhorias acentuadas no armazenamento e no compartilhamento seguro das informações de pacientes, por intermédio do Registro Eletrônico de Saúde (RES), bem como da implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), principal ferramenta de TICS. O PEP permitirá ao médico, nas suas atividades diárias, seja no consultório, no centro de diagnóstico ou no hospital, acesso ao registro da história clínica do paciente. Devemos lembrar, também, que com um bom sistema de prontuário eletrônico, o médico pode dedicar mais tempo para os pacientes. O PEP propicia, ainda, benefícios ligados à pesquisa clínica, adesão aos protocolos clínicos e assistenciais, bem como uso secundário da informação para fins epidemiológicos e estatísticos. Além disso, os sistemas mencionados (RES e PEP) necessitaram adotar mecanismos de segurança capazes de garantir autenticidade, confidencialidade e integridade das informações de saúde, sendo que a certificação digital é a tecnologia indispensável para melhor prover estes mecanismos, e que poderá ser provida em excelentes condições se a PPP proposta tornar-se realidade.

h. <u>Recursos humanos do Serviço de Saúde do Exército</u>

Com o crescimento da demanda proveniente do atendimento assistencial há uma constante pressão visando ao crescimento dos efetivos dos recursos humanos na área de saúde do Exército Brasileiro. Assim, a fim de racionalizar a carreira do Quadro de Saúde, há necessidade de se buscar alternativas viáveis para a solução do problema da demanda crescente destes profissionais. Além disso, um crescimento quantitativo acentuado de efetivo pode não gerar a contrapartida qualitativa altamente desejável pelo Sistema de Saúde.

Outro fator a ser ressaltado é a dificuldade de retenção do profissional de saúde na Força, após a conclusão do Curso de Formação de Oficial Médico. Hoje, apesar das vagas existentes para militares de saúde, nem todas são preenchidas por diversos fatores, dentre os quais se pode citar: baixa atratividade salarial; atividades operacionais, impondo afastamentos temporários e ininterruptos da localidade onde trabalha; acúmulo de funções; incontrolável processo de especialização, exigido atualmente pela atividade médica; horários de expedientes incompatíveis com outras atividades; e movimentações exigidas pela carreira.

Atualmente, o efetivo existente de pessoal de saúde nas OMS, particularmente de médicos e enfermeiros, está aquém do necessário para atendimento das atribuições previstas, tanto pela dificuldade no recrutamento de pessoal, quanto pelo aumento dos pedidos de demissão e pela baixa procura nos concursos públicos para as escolas de formação.

Uma das possibilidades da PPP é o atendimento dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército por equipes do parceiro privado, diminuindo, onde possível, a necessidade de militares no atendimento médico-hospitalar nos complexos de saúde e, ainda, permitindo um melhor direcionamento dos profissionais da área de saúde para as atividades finalísticas da Força, ou seja, suas atividades operativas.

i. <u>Beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro</u>

O número de beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro é de aproximadamente 724 mil usuários, conforme demonstrado na tabela abaixo:

UNIVERSO	*GRUPO*		*EFETIVO*	*TOTAL*	*TOTAL UNIVERSO*
FUNDO DE SAÚDE DO EXÉRCITO (FUSEx)	TITULARES	ATIVOS	138.000	**301.173**	**578.181**
		INATIVOS	71.173		
		PENSIONISTAS	92.000		
	DEPENDENTES	ATIVOS	176.000	**277.008**	
		INATIVOS	94.003		
		PENSIONISTAS	7.005		
FATOR DE CUSTO (FC)	EFETIVO VARIÁVEL			70.000	**87.500**
	CADETES/ALUNOS			4.500	
	TEMPORÁRIOS (1º ANO)			1.300	
	ATIRADORES (TG)			11.700	
	DEPENDENTES ESTATUTO			0	
TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO SAMMED					**665.681**
EX-COMBA-TENTES (EX-CMB)	TITULARES	EX-COMBATENTES	5.940	36.086	**36.270**
		PENSIONISTAS	30.146		
	DEPENDENTES	EX-COMBATENTES	184	184	
		PENSIONISTAS	0		
SERVIDORES CIVIS (PASS)	TITULARES	ATIVOS	4.900	13.940	**22.219**
		INATIVOS	5.800		
		PENSIONISTAS	3.240		
	DEPENDENTES		8.279	8.279	
TOTAL DE BENEFICIÁRIOS EX-COMBATENTES E DO PASS					**58.489**
TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO					**724.170**

j. Aumento da expectativa de vida dos beneficiários do sistema de saúde

No período de 1980 até 2010 a expectativa de vida saltou de 62a 6m e 7d para 73a 9m 3d, o que representou um acréscimo de 11a 2m e 27d, segundo levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A preocupação com a saúde, que envolve o envelhecimento populacional e o aumento da demanda dos cidadãos no acesso aos serviços de saúde, criou uma urgência para abordar a eficiência dos sistemas de saúde. Esta urgência se agrava com cenários de recessão econômica global e com a pressão sobre os gastos públicos.

A expansão da sobrevida dos beneficiários militares trouxe impactos para o Sistema de Saúde do Exército, principalmente se levarmos em consideração que os índices anteriormente citados se referem à média da população em geral e que os militares, em função das características da profissão, tem uma expectativa de sobrevida superior a esta média.

Além disso, na terceira idade é que se agravam as doenças cardiovasculares, derrames (AVC), alguns tipos de câncer (mama, próstata, pele), pneumonias, enfisemas e bronquites crônicas, infecções urinárias, diabetes, osteoporose, osteoartrose, cataratas, perda da audição, doença de Parkinson, Mal de Alzheimer e demência (mental ou esclerose), entre outras.

O reflexo desta sobrevida é um acréscimo na demanda de consultas por determinadas especialidades, além de leitos para internação e recuperação, salas cirúrgicas e leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Diante desta nova situação, a alternativa tem sido o encaminhamento das necessidades que ultrapassam a capacidade para as OCS. Em se tratando de atendimento de alta complexidade a demanda atinge, em média, 60 % (sessenta por cento) dos gastos anuais com encaminhamentos às OCS.

Com a PPP, o parceiro privado poderá prover maior apoio para todos os tipos de doenças, em todas as especialidades exigidas, incluindo equipamentos adequados necessários ao atendimento e diagnóstico, programas de reabilitação fisioterápica e de terapia ocupacional (saúde mental, saúde funcional, saúde coletiva, saúde da família e contextos sociais), bem como trabalhos de inclusão social. A iniciativa deve priorizar a medicina preventiva, dedicando-se às ações de promoção à saúde e de prevenção clínica de doenças o que proporcionará acentuada redução das despesas no âmbito do Sistema de Saúde do Exército.

k. Impactos com encaminhamentos as OCS

No ano de 2012, tanto o Hospital Militar de Área de Brasília quanto o Hospital Militar de Área de Manaus despenderam para pagamento de OCS ou Profissionais de Saúde Autônomos aproximadamente 80% dos recursos gastos em Saúde, a um custo médio quatro vezes superior ao procedimento realizado na própria unidade.

Com a construção de novos complexos de saúde, por intermédio de PPP, o índice de resolubilidade interna melhoraria, havendo redução acentuada nas necessidades de encaminhamentos. Como comparação, se atingida uma queda de 30% (trinta por cento) no índice de encaminhamentos, alcançando os níveis atuais do Hospital Militar de Área de Porto Alegre (que é de aproximadamente 50%), a economia anual para o Sistema de Saúde do Exército seria superior a R$ 30.000.000,00 (trinta milhões de reais), considerando-se apenas os dois hospitais supracitados.

5. OBJETIVO GERAL DO PROJETO

Projetar, construir, financiar, operar (de acordo com a proposta da modelagem), manutenir e transferir (DBFOMT[5]) Complexos de Saúde nas áreas das Regiões Militares (RM), para prestar atendimento médico-hospitalar aos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército.

5 D = design/projetar; B = build/construir; F = finance/financiar; O = operate/operar; M = mantain/manutenir; e T = transfer/transferir.

Eventualmente, mediante entendimentos com o Ministério da Defesa (MD), dimensionar os Complexos de Saúde para o atendimento dos beneficiários congêneres do Comando da Marinha (CM) e Comando da Aeronáutica (COMAER).

6. PLANEJAMENTO DO PROJETO

a. Órgão Gestor do Projeto

O Departamento-Geral do Pessoal (DGP) será o gestor do projeto.

b. Dispositivo legal para a execução do projeto

A execução do projeto encontra amparo na Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.

No âmbito do Exército Brasileiro, a Portaria nº 1.067, de 29 de outubro de 2010, alterada pela Portaria nº 742, de 12 de setembro de 2012, institui e regula as atividades do Comitê Gestor de Parcerias Público-Privadas do Exército Brasileiro.

No tocante à Parceria Público-Privada do Projeto de Complexos de Saúde, a Portaria nº 167-EME, de 22 de agosto de 2013, institui o Subcomitê Gestor de Parceria Público-Privada do Projeto de Hospitais Militares (SCGP-HOSPMIL) e a Portaria nº 223-EME, de 12 de novembro de 2013, nomeia os integrantes do mencionado Subcomitê.

c. Condicionantes do Projeto

1) A parceria público-privada deverá ser um contrato administrativo de concessão na modalidade administrativa.

2) O Projeto deverá contemplar um contrato de prestação de serviços no qual a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.

3) A Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004 veda a celebração de parceria público-privada:

a) cujo valor do contrato seja inferior a R$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais);

b) cujo período de prestação do serviço seja inferior a 5 (cinco) anos ou superior a 35 (trinta e cinco) anos, incluindo eventual prorrogação; e

c) que tenha como objeto único o fornecimento de mão-de-obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública.

4) Na contratação da parceria público-privada devem ser observadas as seguintes premissas:

a) eficiência no cumprimento das missões de Estado e no emprego dos recursos da sociedade;

b) respeito aos interesses e direitos dos destinatários dos serviços e dos entes privados incumbidos da sua execução;

c) indelegabilidade das funções de regulação, jurisdicional, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado;

d) responsabilidade fiscal na celebração e execução das parcerias;

e) transparência dos procedimentos e das decisões;

f) repartição objetiva de riscos entre as partes; e

g) sustentabilidade financeira e vantagens socioeconômicas dos projetos de parceria.

5) Compete ao Comitê Gestor de Parceria Público-Privada Federal (CGP), composto pelo MP, Ministério da Fazenda (MF) e Casa Civil da Presidência da República (CC/PR), sob a coordenação do MP, de acordo com o estabelecido no Decreto nº 5.385, de 2005:

a) definir os serviços prioritários para execução no regime de parceria público-privada e os critérios para subsidiar a análise sobre a conveniência e oportunidade de contratação sob esse regime;

b) disciplinar os procedimentos para celebração dos contratos de parceria público-privada e aprovar suas alterações;

c) autorizar a abertura de procedimentos licitatórios e aprovar os instrumentos convocatórios e de contratos e suas alterações; e

d) apreciar e aprovar os relatórios semestrais de execução de contratos de parceria público-privada, enviadas pelo EB por intermédio do MD.

6) No Tribunal de Contas da União (TCU), a fiscalização de procedimentos de licitação, contratação e execução contratual de PPP é regida pela Instrução Normativa nº 52, de 2007, segundo a qual o controle dessa categoria de contratação é feito de forma concomitante, em que são analisados documentos específicos exigidos pelo Tribunal, e encaminhados pelo órgão ou entidade federal concedente.

7) O TCU acompanha as parcerias público-privadas em cinco diferentes estágios do processo de concessão, conforme a seguir:

a) no primeiro estágio são examinados os documentos de viabilidade do empreendimento ou da prestação do serviço sob a ótica jurídica, orçamentária, econômica, ambiental, de projeto e obras;

b) o segundo estágio corresponde, basicamente, às ações necessárias para publicação do edital (como realização de consulta pública e aprovação de minutas do edital pelo CGP, bem como análise do edital de licitação e respectiva minuta de contrato;

c) no terceiro estágio, são examinados os questionamentos dos licitantes, as atas e relatórios do julgamento da habilitação jurídica e da qualificação técnica e econômico-financeira;

d) no quarto estágio o TCU analisa o julgamento das propostas e o resultado da licitação; e

e) no quinto estágio, por fim, é realizada a verificação do ato de adjudicação e da assinatura do contrato de concessão.

d. Alinhamento estratégico

No âmbito do Sistema de Planejamento do Exército (SIPLEx) o Plano Estratégico do Exército (PEEx-2014), SIPLEx-5, contempla a iniciativa no âmbito do Projeto "Força da Nossa Força", no Objetivo Estratégico do Exército 12 – Fortalecer a dimensão humana, conforme a seguir:

- Estratégia 12.1 – Desenvolvimento de ações de apoio à família militar

✔ Ação Estratégica 12.1.2 – Otimizar o atendimento de saúde assistencial e de informações gerenciais hospitalares

✔ Projeto 12.1.2.3 Implantar o novo Hospital Militar da Área de Brasília

✔ Projeto 12.1.2.4 Contribuir com a implantação do Hospital da Forças Armadas de Manaus (Projeto Conjunto)

e. Locais de desenvolvimento do projeto piloto e das demais etapas do projeto

Numa primeira fase, projetar, construir, financiar, operar (de acordo com a proposta da modelagem) e manutenir novos Complexos de Saúde nas Guarnições de Manaus e de Brasília.

O Complexo de Saúde da área de Manaus deverá ser dimensionado, dependendo de entendimentos com o MD, para atendimento dos beneficiários dos Sistemas de Saúde do CMar e COMAER.

Posteriormente, em função do êxito no projeto piloto, poderão ser propostos novos projetos de Complexos de Saúde visando à substituição ou modernização dos já existentes, nas localidades onde já existem OMS ou em novos locais em função das necessidades estratégicas, operativas ou até mesmo assistenciais do EB.

f. Justificativas

1) Para a proposta das áreas prioritárias do Projeto Piloto

a) Complexo de Saúde da Área de Manaus

O Hospital Militar de Área de Manaus (HMAM) foi construído em 1953, época em que o efetivo de militares do Exército na Amazônia era reduzido. Desde então, com o significativo aumento da demanda, foram construídos prédios complementares e realizadas adequações das instalações do Hospital. Hoje as instalações do HMAM impõem elevados custos de manutenção e de conservação.

Outro aspecto relevante é o fato dessas instalações não permitirem plena conformidade com padrões de melhores práticas estabelecidos em Normas impostas à área de saúde.

Atualmente o HMAM suporta a demanda de cerca de 50.000 (cinquenta mil) beneficiários do Sistema de Saúde do Exército, domiciliados na região amazônica. A estrutura física do Hospital não comporta o atendimento a um efetivo tão grande. Esse quadro se agrava quando se leva em conta as propostas previstas na Estratégia Nacional de Defesa (END), sobretudo para a região Amazônica, onde se pretende a instalação de novas unidades militares das três Forças Armadas (FA) e o aumento de efetivo das organizações militares (OM) já existentes.

Seguindo-se dados do Ministério da Saúde (MS), deve-se ter de 2,5 a 3 leitos/1000 usuários. O HMAM dispõe de apenas 55 (cinquenta e cinco) leitos, quando deveria ter entre 125 (cento e vinte e cinco) e 150 (cento e cinquenta).

Dada a demanda, no ano de 2012, o HMAM encaminhou para internação em Organizações Civis de Saúde (OCS), mais de 1300 (mil e trezentos) beneficiários, a um custo médio 10 (dez) vezes superior ao custo da internação na própria organização militar de saúde (OMS), despendendo recursos da ordem de R$ 10 milhões, valor este correspondente a aproximadamente 60% (sessenta por cento) dos encaminhamentos do nosocômio.

Ressalta-se que o HMAM não possui espaço físico para novas construções, pois está confinado em um pequeno quarteirão na região central da cidade de Manaus. Como agravante desse quadro, o HMAM encontra-se isolado da maioria das vilas militares e Organizações Militares, o que dificulta o acesso dos usuários, bem como a remoção de pacientes.

A construção de um novo Complexo de Saúde torna-se relevante para a Força Terrestre, bem como para as demais Forças Armadas, pois novas instalações planejadas atenderão, em melhores condições, as servidões cumpridas pelo HMAM junto à comunidade da Amazônia Ocidental, tudo em consonância com as missões constitucionais das Forças Armadas e de acordo com as melhores práticas da área de saúde.

Ante o exposto, fica evidente a importância de um projeto que estruture o necessário complexo de saúde que atenda as atuais e futuras demandas, principalmente, em relação aos projetos estratégicos para a Região Amazônica, em conformidade com a END e demandas das Forças Armadas. Assim, levando-se em consideração a importância estratégica do projeto e a escassez de recursos oriundos de fontes tradicionais, verificou-se necessário buscar alternativas de investimento para o projeto com a participação do setor privado.

b) Complexo de Saúde da Área de Brasília

O Hospital Militar de Área de Brasília (HMAB) possui mais de 52 anos de existência. Sua estrutura física é inadequada, não atendendo aos requisitos de uma unidade hospitalar moderna. Dentre os seus diversos problemas estruturais pode-se citar, entre outros:

- rede de esgotos situada dentro das instalações do HMAB (consultórios, Pronto Atendimento Médico (PAM), enfermaria, fisioterapia e outros);

- sistema elétrico sobrecarregado e não confiável, apresentando falhas e variações de tensão, comprometendo a vida útil de equipamentos médico-hospitalares;

- rede de encanamento hidráulica e de águas pluviais, antiga e com tubulações metálicas obsoletas.

Além disto, a atual localização do nosocômio não possui espaço físico disponível que permita as necessárias ampliações e adequações para suportar a demanda dos quase 70 mil usuários da Guarnição.

Seguindo-se dados do Ministério da Saúde deve-se ter de 2,5 a 3 leitos/1000 usuários. O HMAB dispõe de apenas 26 (vinte e seis) leitos, quando deveria ter entre 175 (cento e setenta e cinco) e 210 (duzentos e dez). Neste aspecto destaca-se também que:

- a estrutura física do PAM do HMAB não propicia condições de atendimento às urgências de trauma, às emergências pediátricas e outros;

- o espaço físico da Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) suporta apenas 05 (cinco) leitos, sem leitos de UCI neonatal;

- o número de ambulatórios (consultórios) está aquém do necessário para uma prestação coerente de atendimentos médicos aos usuários do sistema;

- baixa disponibilidade de leitos restringe a capacidade de realização de cirurgias no hospital.

Dada a demanda, no ano de 2012, o HMAB encaminhou para internação em OCS, mais de 14.000 (quatorze mil) beneficiários, a um custo médio 3 (três) vezes superior ao custo da internação na própria OMS, despendendo recursos de aproximadamente R$ 50 milhões. Cabe ressaltar que este valor equivale a cerca de 70% (setenta por cento) dos encaminhamentos da OMS.

2) <u>Para a busca da solução do problema por intermédio de PPP</u>

a) Permitir que o Exército Brasileiro concentre seus esforços nas atividades finalísticas e desobrigue-se da realização de tarefas executivas, delegando-as à iniciativa privada, além de reduzir pressões por aumento do efetivo. O Decreto-lei nº 200, de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências, prescreve no seu art. 10:

> "*Art. 10*
> ....
> *§ 7º Para melhor desincumbir-se das tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle e com o objetivo de impedir o crescimento desmesurado da máquina administrativa, a Administração procurará desobrigar-se da realização material de tarefas executivas, recorrendo, sempre que possível, à execução indireta, mediante contrato, desde que exista, na área, iniciativa privada suficientemente desenvolvida e capacitada a desempenhar os encargos de execução."*

b) Permitir o aproveitamento da experiência e dos conhecimentos do setor privado nas diversas áreas de interesse do Exército Brasileiro e a vinculação da remuneração ao respectivo desempenho, ou seja, pagamento público condicionado à efetiva prestação dos serviços e ao desempenho do parceiro privado, além de proporcionar melhor governança.

c) Agregar, em função da sustentabilidade do contrato de longo prazo proporcionado pela concessão administrativa, conhecimentos técnicos e tecnológicos, inovação, sistemas sofisticados de administração de riscos e, sobretudo, economia mensurável à administração pública e real ganho de eficiência.

d) Contratar, com base na Lei nº 11.079, de 2004, empreendimentos altamente complexos cuja disponibilização era, anteriormente à Lei das PPP, impensável sob a égide das Leis de Licitações e de Concessões (8.666/93, 8.987/95 e 9.074/95). Antes da Lei 11.079, os arranjos contratuais restringiam sobremaneira a amplitude dos projetos, devido às restrições quanto aos objetos e prazos contratuais, forma de financiamento do empreendimento e de remuneração do contratado, bem como alocação de riscos, dentre outras.

e) Ampliar o leque de possibilidades, por meio da aplicação de uma modalidade de licitação que proporcionará: agilidade no atendimento das necessidades do sistema de atendimento médico-hospitalar do Exército Brasileiro; transparência nas contratações e na prestação dos serviços; e sustentabilidade institucional, em decorrência da participação, desde a fase de modelagem dos projetos, dos órgãos que compõem Comitê Gestor de Parceria Público-Privada federal – CGP e do Tribunal de Contas da União - TCU.

f) Utilizar alternativa prevista na Lei nº 12.598, de 2012, que estabelece normas especiais para as compras, as contratações e o desenvolvimento de produtos e de sistemas de defesa.

"Art. 5º As contratações de Prode[6] ou SD[7], e do seu desenvolvimento, poderão ser realizadas sob a forma de concessão administrativa a que se refere a Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, observado, quando couber, o regime jurídico aplicável aos casos que possam comprometer a segurança nacional."

g) Apropriar-se de experiências bem sucedidas no exterior e no Brasil, onde projetos semelhantes foram desenvolvidos, com êxito, principalmente no Reino Unido e nos Estados Unidos da América e foram ou estão sendo desenvolvidos pelo Governo do Estado da Bahia (Hospital do Subúrbio, Instituto Couto Maia e Diagnóstico por Imagem), pelo Governo do Estado de São Paulo (Hospital Estadual de São José dos Campos, Hospital Estadual de Sorocaba, Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher e Centro de Reabilitação e Tratamento dos Olhos e Ouvidos - CERTOO) e pelo Governo do Distrito Federal (Hospital do Gama, Usina de Exames, Unidade de Traumatologia do Hospital de Base do Distrito Federal e Central de Laudagem).

g. Estudo de viabilidade

Será elaborado quando da modelagem do projeto, de acordo com o previsto no art. 2º do Decreto nº 5.977, de 2006.

h. Beneficiários (público-alvo)

O público-alvo do projeto é de aproximadamente 70 (setenta) mil usuários para a área de Brasília e 50 (cinquenta) mil usuários para a área de Manaus, sem considerar a inclusão dos beneficiários congêneres da Marinha e da Aeronáutica, nesta última área.

i. Áreas de Abrangência

O Complexo de Saúde de Manaus atenderá as áreas do Comando Militar da Amazônia (Estados do Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima) e, temporariamente, do Comando Militar do Norte (Estados do Amapá, Maranhão e Pará) . Já o Complexo de Saúde de Brasília, atenderá a área do Comando Militar do Planalto (Distrito Federal e Estados de Goiás e Tocantins, além do Triângulo Mineiro).

6 Produto de Defesa - PRODE
7 Sistema de Defesa - SD

j. Magnitude

- Os projetos a serem modelados devem atender os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde[8], sendo que o Complexo de Saúde da Guarnição de Manaus deverá ser concebido para prestar atendimento em saúde aos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército, vinculados ao Comando da 12ª RM (Cmdo 12ª RM) e, fruto de coordenação com o MD, aos beneficiários congêneres do CMar e COMAER.

- O Complexo de Saúde da Guarnição de Brasília deverá ser concebido para prestar atendimento em saúde dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército, vinculados ao Comando da 11ª RM (Cmdo 11ª RM).

k. Resultados e benefícios esperados com os projetos piloto

- Eliminar ou reduzir ao mínimo as despesas com encaminhamentos às OCS, nas áreas de Manaus e Brasília, particularmente no que se refere a procedimentos de média e alta complexidade.

- Aperfeiçoar o atendimento médico-hospitalar aos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército, por intermédio da excelência na qualidade do atendimento aos usuários das 11ª e 12ª RM.

- Suprir a falta de leitos hospitalares e ampliar a disponibilidade de serviços hospitalares aos usuários das 11ª e 12ª RM.

- Ampliar a capacidade de atendimento.

- Ampliar o conforto e a segurança para os usuários.

- Modernizar a gestão dos serviços de saúde prestados nos Complexos a serem implantados.

- Incorporar novas tecnologias.

- Incorporar práticas gerenciais de maior eficiência.

- Programar mecanismos para o acompanhamento da qualidade dos serviços.

- Implantar a contraprestação variável, atrelada ao desempenho dos serviços prestados.

l. Premissas

Premissas são fatores que, para fim de orientação ao planejamento, são considerados verdadeiros, reais e certos.

Para a implantação dos Complexos de Saúde da Área de Manaus e da Área de Brasília é fundamental a observância dos seguintes aspectos no planejamento e na modelagem do projeto piloto:

- a descentralização da prestação dos serviços médicos na implantação do Complexo de Saúde (atendimento de baixa complexidade mais próximo ao usuário, atendimento de baixa e média complexidade em local separado do atendimento de alta complexidade, melhor aproveitamento dos imóveis disponíveis para a implantação do Complexo, menor custo operacional, dentre outros) deve ter os motivos que conduziram à proposta, perfeitamente explicitados;

- construção de estrutura hospitalar observando-se as normas de construção vigentes, militares e civis;

- concepção da arquitetura das edificações de forma integrada, levando-se em consideração aspectos como funcionalidade, economia de energia, facilidade de manutenção, conceito de ambiência, isolamento térmico, isolamento acústico, facilidade de circulação, segurança patrimonial e física, conceito de renovação energética e recuperação ambiental, dentre outros;

8 Atenção básica ou baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade.

- previsão de planos de expansão/ampliação durante a vigência do contrato, de acordo a projeção de crescimento da demanda;

- previsão de acessos, vagas e espaço para futuras expansões/ampliações;

- previsão de segregação de acessos às instalações por parte dos quadros funcionais, dos quadros de serviços terceirizados e dos usuários e visitantes;

- elaboração de um Quadro de Cargos Previstos (QCP), com base no efetivo atualmente existente, visando proporcionar capacidade de operação plena dos futuros complexos de saúde (quantitativo e qualitativo), considerando a classificação das futuras organizações de saúde com base no estabelecido na Portaria nº 726, de 7 de outubro de 2009, do Comandante do Exército;

- busca da excelência em engenharia clínica, desde a aquisição, operação (se for o caso), manutenção e reposição dos equipamentos médico-hospitalares e dos mobiliários;

- garantia de disponibilidade integral dos ativos fixos dos Complexos de Saúde através da gestão, conservação e manutenção dos bens da Concessão;

- necessidade de construção de Próprios Nacionais Residenciais (PNR) para o atendimento do efetivo necessário ao funcionamento dos Complexos de Saúde;

- capacidade do Comando do Exército de captar e manter os recursos humanos na área de saúde necessários ao funcionamento dos novos complexos de saúde;

- exploração, pelo parceiro privado, da ociosidade funcional dos equipamentos e das instalações dos novos Complexos de Saúde;

- possibilidade de o Complexo de Saúde da Guarnição de Brasília ser operado, integralmente ou de forma compartilhada, pelo parceiro privado;

- capacidade para o atendimento das necessidades dos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade;

- exploração de receitas acessórias a fim de reduzir o montante da contrapartida devida ao parceiro privado pela execução do projeto;

- previsão dos custos para desativação e readequação das instalações dos atuais HMAM e HMAB, propondo, inclusive, novas destinações para tais instalações; e

- emprego do patrimônio imobiliário da União jurisdicionado ao Comando do Exército como projeção para a construção dos novos complexos de Saúde.

m. Exclusões e restrições

Mesmo que o Complexo de Saúde, em sua modelagem, seja dimensionado para atender também beneficiários da Marinha e da Aeronáutica, entende-se que a gestão do referido Complexo deve ser atribuída, exclusivamente, ao EB em função do seu grande efetivo a ser atendido e, ainda, dos riscos envolvidos num possível rodízio na gestão de um empreendimento conduzido por meio de concessão administrativa.

Outras possíveis exclusões e restrições deverão ser abordadas quando da elaboração do Sumário Executivo e dos Termos de Referência.

n. Riscos

Riscos são um conjunto de eventos que podem ocorrer sob a forma de ameaças ou de oportunidades que, caso se concretizem, influenciam o objetivo do projeto, negativa ou positivamente.

1) O não atendimento a qualquer uma das premissas poderá produzir efeito negativo sobre a modelagem do Projeto Piloto.

2) O não cumprimento dos prazos estabelecidos nas metas do projeto poderá atrasar o lançamento do Edital para a concorrência visando a implantação dos Complexos de Saúde.

3) O descumprimento ou não observâncias de marcos legais existentes (Ministério da Saúde (MS), Ministério do Meio Ambiente (MMA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABTN), Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro), Conselho Federal de Medicina (CFM) e outros órgãos federais, estaduais ou distritais e municipais reguladores do conteúdo do projeto) causarão impacto negativo sobre o Projeto.

4) A elaboração do Sumário Executivo e dos Termos de Referência de forma superficial dificultará a modelagem dos Complexos da Saúde da Área de Manaus e Brasília e a tomada de decisão com referência ao processo licitatório para implantação do projeto piloto.

o. Emprego do Patrimônio Imobiliário da União Jurisdicionado ao Comando do Exército

O patrimônio imobiliário da União jurisdicionado ao Comando do Exército pode, sempre que possível, consultado o DEC, ser utilizado para reduzir os impactos orçamentários com a construção dos Complexos de Saúde. Os estudos de modelagem da PPP devem avaliar as alternativas de emprego do mencionado patrimônio, de acordo com a legislação vigente.

p. Estimativa de recursos necessários para a implantação do projeto

1) Obras civis e aquisição de equipamentos e mobiliário

- A valores atuais, as obras civis (construção e implantação da infraestrutura e das instalações) e aquisição de equipamentos médicos e mobiliário clínico e administrativo necessários à implantação do Complexo de Saúde de Manaus demandariam recursos da ordem de R$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais), enquanto a implantação do Complexo de Saúde de Brasília demandaria recursos de aproximadamente R$ 150.000.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais).

- Entretanto, os custos finais com a implantação dos Complexos de Saúde dependerão do resultado da modelagem.

2) Manutenção e Operação

- As despesas com a operação (se for o caso) e a manutenção dos Complexos de Saúde deverão ser custeadas com recursos atualmente empregados para esta finalidade.

3) Amortização das contraprestações, pelas receitas acessórias

- Devem ser exploradas e esgotadas, em cada etapa do projeto, todas as alternativas para a geração de receitas acessórias a fim de reduzir, ao máximo, a contrapartida devida ao parceiro privado pela execução do Projeto, a ser atendida com recursos orçamentários.

4) Valorização do Patrimônio da União

- O projeto valorizará o patrimônio da União no tocante às áreas aonde ocorrer a instalação dos complexos de saúde, bem como em áreas adjacentes, pertencentes à União.

7. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

a. Órgão Proponente

Departamento-Geral do Pessoal – DGP

b. Cronograma a ser perseguido no âmbito do projeto

1) Elaboração do Sumário Executivo: até 28 de fevereiro de 2014;

2) Busca da aprovação do Projeto como prioritário pelo CGP do Governo Federal: até 31 de março de 2014;

3) Complexo de Saúde da Guarnição de Manaus:

- Elaboração do Termo de Referência: até 30 de junho de 2014; e
- Procedimentos[9] para a contratação da modelagem: até 31 de agosto de 2014;
- Prazo para as empresas se manifestarem: até 30 de novembro de 2014;
- Avaliação das propostas, realização de diligências e expedição das autorizações para a modelagem: até 31 de dezembro de 2014;
- Apresentação do projeto às Empresas autorizadas: até 31 de janeiro de 2015;
- Início da modelagem do Projeto Piloto: até 1º de fevereiro de 2015;
- Conclusão da modelagem do Projeto Piloto: até 31 de agosto de 2015.

4) Complexo de Saúde da Guarnição de Brasília:

- Elaboração do Termo de Referência: até 31 de julho de 2014.
- Procedimentos para a contratação da modelagem: até 30 de setembro de 2014;
- Prazo para as empresas se manifestarem: até 31 de dezembro de 2014;
- Avaliação das propostas, realização de diligências e expedição das autorizações para a modelagem: até 31 de janeiro de 2015;
- Apresentação do projeto às Empresas autorizadas: até 28 de fevereiro 2015;
- Início da modelagem do Projeto Piloto: até 1º de março de 2015;
- Conclusão da modelagem do Projeto Piloto: até 30 de setembro de 2015.

c. Órgãos de gestão, controle e fiscalização

- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP
- Ministério da Fazenda – MF
- Casa Civil da Presidência da República – CC/PR
- Ministério da Defesa – MD
- Tribunal de Contas da União – TCU

d. Órgãos reguladores

- Ministério da Saúde – MS
- Ministério do Meio Ambiente – MMA
- Ministério do Trabalho e Emprego – MTE
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
- Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – Inmetro
- Conselho Federal de Medicina – CFM
- Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT

9 Proposta de Manifestação de Interesse (PMI), autorização para estudo, principalmente por meio de organizações de fomento a projetos ou contratação de consultoria pelo Exército Brasileiro, com base na Lei nº 8.666, de 1993.

- Governo do Estado do Amazonas
- Governo do Distrito Federal
- Prefeitura Municipal de Manaus

e. Órgãos parceiros

- Departamento-Geral do Pessoal – DGP
- Departamento de Engenharia e Construção – DEC
- Departamento de Ciência e Tecnologia – DCT
- Secretaria de Economia e Finanças – SEF
- Comando do Comando Militar da Amazônia – Cmdo CMA
- Comando do Comando Militar do Planalto – Cmdo CMP
- Comando do Comando Militar do Norte – Cmdo CMN
- Comando da 12ª Região Militar – Cmdo 12ª RM
- Comando da 11ª Região Militar – Cmdo 11ª RM
- Comando da 8ª Região Militar – Cmdo 8ª RM
- Hospital Militar da Área de Manaus – HMAM
- Hospital Militar da Área de Brasília – HMAB

f. Elaboração do Sumário Executivo e dos Termos de Referência

A elaboração do Sumário Executivo e dos Termos de Referência dos Complexos de Saúde das áreas de Manaus e de Brasília caberá ao Subcomitê Gestor de Parceria Público-Privada do Exército Brasileiro (SCGP-EB), conforme estabelecido no art. 6º da Portaria nº 1.067, de 29 de outubro de 2010, do Comandante do Exército e instituído pela Portaria nº 167–EME, de 22 de agosto de 2013.

g. Integração com outros projetos já existentes

O planejamento e a modelagem da PPP-HOSPMIL deverá estar integrado com as soluções dos demais Projetos Estratégicos e Projetos de PPP em andamento no Exército, principalmente com os abaixo listados:

- PPP do Projeto de Empreendimentos Residenciais do tipo PNR;
- SISFRON;
- PROTEGER;
- AMAZÔNIA PROTEGIDA;
- SENTINELA DA PÁTRIA; e
- FORÇA DA NOSSA FORÇA.

h. Atuação conjunta com o Ministério da Defesa

Considerando que o MD está empreendendo ações no sentido de buscar soluções que visem o atendimento médico-hospitalar por intermédio de Complexos de Saúde unificados nas localidades aonde exista a demanda conjunta das três Forças, buscar os entendimentos necessários de modo que o projeto atenda as prioridades daquele Ministério.

i. Adequação da legislação vigente

Deverá ser elaborada legislação específica no tocante aos aspectos em que o planejamento e a modelagem do projeto conflitarem com a legislação vigente, particularmente àquela que regula a construção, implantação, operação e manutenção de Hospitais Militares, o planejamento e a execução de obras militares no Exército e a utilização do patrimônio imobiliário da União jurisdicionado ao Comando do Exército.

j. Acréscimo de efetivo

Não deve haver previsão de acréscimo de efetivo de militares do Exército Brasileiro para a consecução do projeto. O que se busca com a implantação do projeto piloto na área de emprego de recursos humanos na área médica é a liberação do pessoal militar empregado nas atividades médico-hospitalares assistenciais destinando-os para as atividades operativas do Exército Brasileiro.

k. Implantação do projeto – cargos e responsabilidades

1) Os cargos de Gerente do Projeto, de Gerente(s) de Subprojeto e, se for o caso, o de Supervisor do Projeto serão definidos quando da expedição da Diretriz de Implantação do Projeto, pelo EME, sendo que os cargos de Gerente(s) de Subprojeto serão estabelecidos quando na etapa do projeto estiver prevista a construção de Complexos de Saúde em mais de uma RM.

2) Ao Gerente de Subprojeto caberá atuar no projeto no âmbito da RM, subordinando-se ao Gerente do Projeto.

3) O cargo de Supervisor do Projeto será estabelecido quando o cargo de Gerente do Projeto for atribuído a um oficial-general.

4) A atribuição de responsabilidades específicas que ultrapassem o poder decisório do gerente serão definidas quando da expedição da Diretriz de Implantação do Projeto e referem-se, basicamente, a alterações no escopo do projeto (quantidade e localização dos Complexos de Saúde), nos prazos, nos custos e nos recursos humanos (efetivo do EB e atribuições e efetivo privado e atribuições).

5) O estabelecimento de marcos e metas consideradas impositivas na implantação do projeto pelo escalão superior serão definidos, se for o caso, quando da expedição da Diretriz de Implantação do Projeto.

l. Critérios para definição das etapas seguintes do Projeto

Os critérios abaixo devem ser considerados para definir a proposta das demais etapas ou módulos do Projeto:

- interesse estratégico e operacional da região para o Exército;

- alinhamento com as necessidades do MD e das demais Forças;

- montante das despesas com encaminhamentos a OCS;

- quantidade dos beneficiários na área de abrangência do Complexo de Saúde a ser implantado ou modernizado;

- carência de meios de saúde na área considerada;

- avaliação dos aspectos ambientais na área considerada;

- disponibilidade de recursos orçamentários;

- outro(s) critério(s) proposto(s) pelo Órgão Gestor do Projeto, julgado(s) fundamental(is) e imprescindível(eis) para a definição das etapas.

m. Organização do projeto

1) O Subcomitê Gestor de Parceria Público-Privada do Projeto de Hospitais Militares (SCGP-HOSPMIL) terá a seguinte constituição:

a) um oficial-general do DGP, que presidirá o Subcomitê;

b) um oficial superior da 7ª Subchefia do Estado-Maior do Exército (EME);

c) três oficiais superiores do DGP; e

d) três oficiais superiores do DEC.

e) três oficiais superiores do Comando Militar de Área onde estiver inserida a localidade da proposta de construção do novo Hospital Militar, ou de reforma ou readequação, devendo a indicação contemplar, sempre que possível, um militar da Região Militar e um militar do Hospital Militar em questão.

2) O Supervisor de Planejamento do Projeto será um oficial superior indicado pelo DGP para integrar o SCGP-HOSPMIL.

3) O Analista de Planejamento e Acompanhamento do Projeto será um Oficial da Unidade de Parceria Público-Privada indicado pelo Chefe do Escritório de Projetos do Exército (EPEx).

4) O regime de trabalho dos integrantes do SCGP-HOSPMIL será cumulativo.

5) O regime de trabalho do analista de planejamento e acompanhamento do projeto será exclusivo, podendo ser cumulativo se designado analista de planejamento e acompanhamento de outro(s) projeto(s).

n. Siglas e abreviaturas empregadas nesta Diretriz

De acordo com o constante do Anexo II.

8. ATRIBUIÇÕES

a. Estado-Maior do Exército - EME

1) Coordenar as atividades para a operacionalização desta Diretriz, bem como realizar as gestões necessárias junto aos órgãos não pertencentes à Força.

2) Propor ao Comandante do Exército os atos normativos decorrentes da presente Diretriz.

3) Coordenar a concepção, o planejamento e a execução de todas as fases do Projeto.

4) Coordenar a definição das diversas origens de recursos para viabilizar a execução do Projeto.

5) Definir a estrutura do SCGP-HOSPMIL.

6) Publicar Portaria nomeando os integrantes do SCGP-HOSPMIL.

7) **Por intermédio do Escritório de Projetos do Exército:**

a) fornecer o suporte administrativo ao projeto;

b) indicar um Oficial da Unidade de Parceria Público-Privada para exercer a função de Analista de Planejamento e Acompanhamento do Projeto;

c) estabelecer os contatos externos, particularmente com o MD, MP e TCU, necessários ao bom andamento do projeto na Esfera Federal;

d) supervisionar as atividades para a operacionalização desta Diretriz;

e) propor a expedição de portarias e atos decorrentes, julgados pertinentes, a fim de atender às necessidades do Projeto;

f) cooperar na elaboração da documentação necessária ao andamento do projeto;

g) identificar e comunicar ao Presidente do SCGP-HOSPMIL fatos que possam retardar o cumprimento do cronograma do projeto, propondo ajustes e correções;

h) manter estreita ligação o SCGP-HOSPMIL, indicando representante(s) para participar das reuniões daquele Subcomitê, convocadas pelo seu Presidente;

i) gerenciar o fluxo de informações necessárias ao andamento do Projeto; e

j) adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

8) **Por intermédio da 1ª Subchefia:**

a) cooperar com o desenvolvimento do projeto;

b) planejar, orientar e coordenar os assuntos relacionados com o pessoal envolvido no projeto de PPP, propondo a distribuição dos cargos para atendimento das necessidades do projeto, principalmente pelo remanejamento dos cargos dos atuais H Mil A;

c) adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz; e

d) cumprir e fazer cumprir o estabelecido nestas Diretrizes.

9) **Por intermédio da 6ª Subchefia:**

a) cooperar com o desenvolvimento do projeto;

b) analisar o estudo de viabilidade financeira do projeto, propondo as adequações necessárias sob o enfoque econômico-financeiro;

c) avaliar os impactos orçamentários de curto, médio e longo prazo do projeto;

d) tomar as providências necessárias para a criação de Plano Orçamentário (PO) destinado à implantação do Projeto;

e) adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz; e

f) cumprir e fazer cumprir o estabelecido nestas Diretrizes.

10) **Por intermédio da 7ª Subchefia:**

a) indicar um oficial superior para integrar o SCGP-HOSPMIL, propondo a sua substituição, se necessário;

b) estudar e avaliar o projeto quanto ao seu alinhamento com o PEEx;

c) participar, por intermédio de seu representante, das reuniões do SCGP-HOSPMIL convocadas pelo seu Presidente;

d) cooperar na elaboração da documentação necessária ao andamento do projeto; e

e) adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

b. Departamento-Geral do Pessoal (DGP)

1) Avaliar as Portarias, Instruções Gerais e Instruções Reguladoras de interesse objetivando adequá-las à presente Diretriz e às necessidades do Projeto.

2) Indicar um oficial-general para presidir o SCGP-HOSPMIL, propondo a sua substituição, quando necessário.

3) Indicar três oficiais superiores do Departamento para integrar o SCGP-HOSPMIL, conforme estrutura definida pelo EME, propondo as suas substituições, quando necessário.

4) Participar, por intermédio de seus representantes, das reuniões do SCGP-HOSPMIL convocadas pelo seu Presidente.

5) Conduzir a elaboração do Sumário Executivo, dos Termos de Referência e demais documentos do Projeto, segundo orientação do Escritório de Projetos do Exército.

6) Encaminhar ao Escritório de Projetos do Exército, por intermédio do Presidente do SCGP-HOSPMIL, os arquivos digitais elaborados no âmbito do Subcomitê para fins de arquivamento e constituição do acervo da memória do Projeto.

7) Propor ao EME:

- a expedição de portarias e atos decorrentes, julgados pertinentes, a fim de atender às necessidades do Projeto;

- as prioridades para a construção de Complexos de Saúde, ouvidos os C Mil A e as RM; e

- a alteração da presente Diretriz.

8) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

c. Departamento de Engenharia e Construção - DEC

1) Indicar três oficiais superiores para integrar o SCGP-HOSPMIL, conforme estrutura definida pelo EME, propondo as suas substituições, quando necessário.

2) Participar, por intermédio de seus representantes, das reuniões do SCGP-HOSPMIL convocadas pelo seu Presidente.

3) Cooperar na elaboração da documentação necessária ao andamento do projeto.

4) Sugerir ao EME alterações da presente Diretriz.

5) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz, particularmente no tocante ao patrimônio imobiliário, meio ambiente, construção predial e obras de infraestrutura.

d. Secretaria de Economia e Finanças

1) Cooperar com o desenvolvimento do projeto.

2) Analisar o estudo de viabilidade financeira do projeto, propondo as adequações necessárias.

Sugerir ao EME alterações da presente Diretriz.

4) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

e. <u>Departamento de Ciência e Tecnologia (DCT)</u>

1) Cooperar com o desenvolvimento do projeto.

2) Sugerir ao EME alterações da presente Diretriz.

3) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz, particularmente no tocante à avaliação dos sistemas e programas corporativos de interesse do Exército, a serem implementados no âmbito do projeto de PPP.

f. <u>Comandos Militares de Área envolvidos em projetos</u>

1) Indicar três oficiais superiores para integrar o SCGP-HOSPMIL, conforme estrutura definida pelo EME, propondo as suas substituições, quando necessário.

2) Cooperar com o desenvolvimento do projeto.

3) Sugerir ao EME alterações da presente Diretriz.

4) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

g. <u>Comandos de Regiões Militares envolvidas no projeto</u>

1) Propor aos Comandos Militares de Área, as prioridades para a construção e ou modernização de Complexos de Saúde em sua área de atuação.

2) Fornecer as informações solicitadas e necessárias ao andamento do projeto, particularmente no tocante ao Patrimônio Imobiliário da União jurisdicionado ao Comando do Exército e ao atendimento médico-hospitalar aos beneficiários do Sistema de Saúde do EB na sua área de atuação.

3) Cooperar com o desenvolvimento do projeto.

4) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

h. <u>Centro de Comunicação Social do Exército (CComSEx)</u>

- Coordenar, em conjunto com o EPEx, as campanhas de divulgação para o público interno, em especial os formadores de opinião, a ser executada em datas oportunas, após suas aprovações pelo EME.

i. <u>Centro de Controle Interno do Exército (CCIEx)</u>

- Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz, particularmente no tocante à:

a) comprovação que o objeto do projeto de parceria público-privada corresponde às especificações estabelecidas, se atende às necessidades para as quais foi definido, se guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são suficientes; e

b) obtenção de dados de natureza contábil, financeira, orçamentária e patrimonial, quanto aos aspectos técnicos de legalidade, eficiência, eficácia e economicidade da gestão de recursos públicos previsto no planejamento para serem empregados na implantação da parceria público-privada;

c) antecipação a possíveis problemas no planejamento do projeto que possam ser diligenciados pelo Tribunal de Contas da União com base no previsto na Instrução Normativa nº 52, de 2007, que trata da fiscalização de procedimentos de licitação, contratação e execução contratual de PPP; e

d) constituição, quando julgado oportuno, de equipes específicas para a realização de auditoria integrada e/ou auditoria de desempenho ou operacional no âmbito do projeto de PPP.

j. <u>Comitê Gestor de Parceria Público-Privada do Exército Brasileiro (CGP-EB)</u>

1) Supervisionar, orientar, coordenar e controlar o processo de estabelecimento da PPP.

2) Exercer as atribuições definidas na Portaria nº 1.067, 29 de outubro de 2010, do Comandante do Exército.

k. <u>Subcomitê Gestor de Parceria Público-Privada do Projeto de Hospitais Militares (SCGP-HOSPMIL)</u>

1) Participar efetivamente da elaboração dos documentos do projeto, principalmente do Sumário Executivo e dos Termos de Referência.

2) Comparecer às reuniões periódicas do SCGP-HOSPMIL, convocadas pelo seu Presidente.

3) Analisar, estudar e debater as matérias em pauta.

4) Realizar estudos e pesquisas, apresentar proposições, apreciar, emitir pareceres e relatar as matérias que lhes forem submetidas.

5) Propor e requerer esclarecimentos e estudos que forem úteis à melhor apreciação da matéria em pauta.

6) Propor a inclusão de matérias na pauta das reuniões.

7) Desenvolver, quando demandado, as atividades de competência dos Subcomitês Gestores de Parcerias Público-Privadas do Exército Brasileiro (SCGP-EB), definidas no art. 6º da Portaria nº 1.067, 29 de outubro de 2010, do Comandante do Exército.

8) Comunicar ao Presidente do SCGP-HOSPMIL, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, a impossibilidade do seu comparecimento à reunião;

9) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

l. <u>Presidente do SCGP-HOSPMIL</u>

1) Coordenar, orientar e supervisionar as atividades do SCGP-HOSPMIL, indicando integrantes para realização de estudos, levantamentos, investigações e emissão de pareceres necessários ao desenvolvimento dos trabalhos do Subcomitê, bem como relatores das matérias a serem apreciadas, se necessário.

2) Conduzir os trabalhos de elaboração da documentação necessária ao desenvolvimento do Projeto, principalmente do Sumário Executivo e dos Termos de Referência.

3) Estabelecer a sistemática de trabalho e o cronograma de atividades do SCGP-HOSPMIL.

4) Definir datas e pautas para a convocação de reuniões, fazer convocar, abrir, presidir, suspender, prorrogar e encerrar as reuniões periódicas do SCGP-HOSPMIL, necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos do Subcomitê, além de resolver questões de ordem.

5) Coordenar a execução, quando demandado, as atividades de competência dos SCGP-HOSPMIL definidas no art. 6º da Portaria nº 1.067, 29 de outubro de 2010, do Comandante do Exército.

6) Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados sobre o andamento da elaboração da documentação inerente ao Projeto.

7) Autorizar a presença nas reuniões de pessoas que possam contribuir para os trabalhos do SCGP-HOSPMIL.

8) Determinar a elaboração de ata resumida das reuniões realizadas, encaminhando-a ao Escritório de Projetos do Exército.

9) Determinar o encaminhamento ao Escritório de Projetos do Exército dos arquivos digitais de toda a documentação produzida no âmbito do SCGP-HOSPMIL, para fins de arquivamento e constituição do acervo referente à memória do Projeto.

10) Delegar competência ao Supervisor de Planejamento do Projeto, caso necessário.

11) Promover a cooperação entre os órgãos participantes do projeto, por intermédio dos representantes dos mesmos.

12) Comunicar ao EPEx a data, local e assunto a ser tratado em cada reunião do SCGP-HOSPMIL que convocar.

13) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

m. Supervisor de Planejamento do Projeto de PPP-HOSPMIL

1) Representar o Presidente do SCGP-HOSPMIL, se necessário.

2) Secundar o Presidente do Subcomitê, assegurando a execução de todas as atividades de responsabilidade da presidência.

3) Exercer controle e reportar ao gerente quanto ao desenvolvimento das diversas etapas do projeto.

4) Identificar e comunicar ao Presidente do Subcomitê fatos que possam retardar o cumprimento do cronograma do projeto, propondo ajustes e correções.

5) Encaminhar ao Escritório de Projetos do Exército os arquivos digitais de toda a documentação produzida no âmbito do SCGP-HOSPMIL, para fins de arquivamento e constituição do acervo referente à memória do Projeto.

6) Manter estreita ligação com os representantes do projeto em outros órgãos.

7) Submeter todos os documentos elaborados no âmbito do SCGP-HOSPMIL à aprovação do Presidente do Subcomitê.

8) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

n. Analista de Planejamento e Acompanhamento do Projeto de PPP-HOSPMIL

1) Participar, como representante do EPEx, das reuniões periódicas do SCGP-HOSPMIL, convocadas pelo seu Presidente, acompanhando e cooperando com a elaboração do Sumário Executivo, dos Termos de Referência e demais documentos do Projeto.

2) Elaborar Memórias Informativas periódicas sobre o desenvolvimento do Projeto.

3) Prestar as informações e os esclarecimentos sobre o desenvolvimento do Projeto, quando solicitado.

4) Elaborar relatórios gerenciais e apresentações ao CGP-EB sobre o andamento do projeto.

5) Acompanhar o trabalho de análise e revisão do Sumário Executivo, dos Termos de Referência, do Edital de Licitação, da Minuta de Contrato de Concessão e de outros documentos, a ser efetuado pelo MP, pelo TCU e por outros Órgãos Públicos.

6) Acompanhar os procedimentos orçamentários e financeiros necessários ao desenvolvimento do Projeto.

7) Monitorar o cumprimento do planejamento previsto versus o realizado, fazendo análise crítica, destacando itens de relevância e sugerindo ações corretivas para os desvios observados.

8) Orientar a formatação do site do EPEx no tocante à inserção de informações sobre o desenvolvimento do Projeto, bem como orientar a atualização das informações disponibilizadas.

9) Manter, no Escritório de Projetos do Exército, arquivo digital com toda a documentação inerente ao Projeto produzida pelo SCGP-HOSPMIL e demais órgãos participantes, constituindo o acervo referente à memória do Projeto;

10) Elaborar a documentação a ser encaminhada aos Órgãos externos ao Exército Brasileiro e que dependam de assinatura do Comandante do Exército, do Chefe do EME ou do Chefe do EPEx.

11) Adotar medidas, na sua esfera de competência, que facilitem a operacionalização desta Diretriz.

9. PARECER DO DGP, ÓRGÃO DE DIREÇÃO SETORIAL PROPONENTE DO PROJETO

O DGP, na sua Proposta de PPP, emitiu parecer concluindo que a parceria público-privada do projeto de complexos militares de saúde é uma solução viável que atende aos interesses do Exército Brasileiro, uma vez que:

- proporcionará agilidade na resposta às necessidades do sistema de atendimento médico-hospitalar do Exército Brasileiro, transparência nas contratações e na prestação dos serviços e sustentabilidade institucional, em decorrência da participação, desde a fase de modelagem dos projetos, dos órgãos que compõem Comitê Gestor de Parceria Público-Privada federal – CGP e do Tribunal de Contas da União – TCU;

- agregará, em função da sustentabilidade do contrato de longo prazo proporcionado pela concessão administrativa, conhecimentos técnicos e tecnológicos, inovação, sistemas sofisticados de administração de riscos e, sobretudo, economia mensurável à administração pública e real ganho de eficiência;

- permitirá a vinculação da remuneração ao respectivo desempenho, ou seja, pagamento público condicionado à efetiva prestação dos serviços e à performance do parceiro privado;

- proporcionará melhor governança;

- propiciará arquiteturas hospitalares mais modernas e adequadas às demandas médico-hospitalares dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército, construídos em novas áreas, mais amplas e melhor localizadas para o atendimento do público-alvo;

- permitirá a exploração da capacidade ociosa das instalações e dos equipamentos, com produção de receita acessória e redução do impacto financeiro do investimento;

- empregará a "*expertise*" de empresas privadas preparadas para este fim fornecendo soluções inovadoras para as necessidades da Força;

- permitirá investimentos na área médico-hospitalar, com ampliação e aperfeiçoamento dos serviços de saúde prestados pelo Sistema de Saúde do Exército, sem a necessidade de dispêndio imediato de vultosos recursos orçamentários;

- possibilitará que os novos complexos de saúde sejam aparelhados com equipamentos de última geração tecnológica, diminuindo gastos com manutenção e propiciando uma melhoria acentuada nos tratamentos dos beneficiários;

- permitirá, com disponibilização de serviços prestados por equipes médicas especializadas, que muitos casos hoje encaminhados para outras Regiões Militares passem a ser tratados regionalmente, evitando deslocamentos e trazendo ganhos imensuráveis tanto ao sistema de saúde quanto ao beneficiário atendido e seus familiares;

- agilizará a implantação e o emprego uma adequada Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) possibilitando o armazenamento e o compartilhamento seguro das informações de um paciente, por intermédio do Registro Eletrônico de Saúde (RES), bem como a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), permitindo que o médico acesso ao registro da história clínica do paciente e possa dedicar-lhe mais tempo;

- permitirá, com a implantação de equipamentos adequados, melhor atendimento e diagnóstico, com possibilidade da implementação de programas de reabilitação fisioterápica e de terapia ocupacional, além de trabalhos de inclusão social;

- possibilitará priorizar a medicina preventiva, dedicando mais energia à prevenção das doenças ao invés de seu tratamento, conduzindo a uma redução das despesas no âmbito do Sistema de Saúde do Exército;

- permitirá o atendimento dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército por equipes de profissionais civis especialistas, diminuindo a necessidade de militares do Quadro de Saúde no atendimento médico-hospitalar nos complexos de saúde, permitindo um melhor direcionamento dos profissionais da área de saúde para as atividades finalísticas da Força, ou seja, para suas atividades operativas;

- permitirá que o Exército Brasileiro concentre seus esforços nas atividades finalísticas e desobrigue-se da realização de tarefas executivas, delegando-as à iniciativa privada; e

- melhorará o índice de resolubilidade interna com redução acentuada nas necessidades de encaminhamentos às OCS e economia anual acentuada para o Sistema de Saúde.

10. PRESCRIÇÕES DIVERSAS

a. As presentes Diretrizes poderão ser alteradas pelo Estado-Maior do Exército em virtude de determinação do Comandante do Exército, da disponibilidade de recursos orçamentários e mediante proposta fundamentada dos Órgãos definidos nesta Diretriz.

b. Estão autorizadas todas as ligações necessárias ao desencadeamento das ações referentes à condução do planejamento deste projeto, entre os órgãos envolvidos internos ao Exército.

Gen Ex JOAQUIM SILVA E LUNA
Chefe do Estado-Maior do Exército

ANEXO I À DIRETRIZ DE PLANEJAMENTO DO PROJETO PPP-HOSPMIL

REFERÊNCIAS

- Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.
- Lei Complementar nº 140, de 8 de dezembro de 2011 – Fixa normas, nos termos dos incisos III, VI e VII do caput e do parágrafo único do art. 23 da Constituição Federal, para a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas ações administrativas decorrentes do exercício da competência comum relativas à proteção das paisagens naturais notáveis, à proteção do meio ambiente, ao combate à poluição em qualquer de suas formas e à preservação das florestas, da fauna e da flora; e altera a Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981.
- Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999 – Dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas.
- Lei nº 12.598, de 22 de março de 2012 – Estabelece normas especiais para as compras, as contratações e o desenvolvimento de produtos e de sistemas de defesa.
- Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010 – Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências.
- Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004 – Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.
- Lei nº 9.636, de 15 de maio de 1998 – Dispõe sobre a regularização, administração, aforamento e alienação de bens imóveis de domínio da União, e dá outras providências.
- Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998 – Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências.
- Lei nº 9.074, de 7 de julho de 1995 - Estabelece normas para outorga e prorrogações das concessões e permissões de serviços públicos e dá outras providências.
- Lei nº 8.987 de 13 de fevereiro de 1995 – Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos.
- Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993 - Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.
- Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.
- Lei nº 8.059, de 4 de julho de 1990 – Dispõe sobre a pensão especial devida aos ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial e a seus dependentes.
- Lei nº 7853, de 24 de outubro de 1989 – Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
- Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981 – Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências.
- Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 – Dispõe sobre o Estatuto dos Militares.
- Lei nº 3.765, de 4 de maio de 1960 – Dispõe sobre as Pensões Militares.

- Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001 – Dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nºs 3.765, de 4 de maio de 1060, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências.

- Decreto-lei nº 1.310, de 8 de fevereiro de 1974 – Altera a legislação referente ao Fundo do Exército, e dá outras providências.

- Decreto-lei nº 271, de 28 de fevereiro de 1967 – Dispõe sobre o loteamento urbano, responsabilidade do loteador, concessão de uso e espaço aéreo e dá outras providências.

- Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 – Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

- Decreto nº 6.703, de 18 de dezembro de 2008 – Aprova a Estratégia Nacional de Defesa (END), e dá outras providências.

- Decreto nº 5.977, de 1º de dezembro de 2006 – Regulamenta o art. 3º, caput e § 1º, da Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a aplicação, às parcerias público-privadas, do art. 21 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, e do art. 31 da Lei nº 9.074, de 7 de julho de 1995, para apresentação de projetos, estudos, levantamentos ou investigações, a serem utilizados em modelagens de parcerias público-privadas no âmbito da administração pública federal, e dá outras providências.

- Decreto nº 5.385, de 4 de março de 2005 – Institui o Comitê Gestor de Parceria Público-Privada e dá outras providências.

- Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002 – Regulamenta a Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, que dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nºs 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências.

- Decreto nº 3.725, de 10 de janeiro de 2001 – Regulamenta a Lei nº 9.636, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a regularização, administração, aforamento e alienação de bens imóveis de domínio da União, e dá outras providências.

- Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 – Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

- Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986 – Dispõe sobre a assistência médico-hospitalar, sob forma ambulatorial ou hospitalar aos militares, pensionistas e seus dependentes das Forças Armadas.

- Decreto nº 77.095, de 30 de janeiro de 1976 – Regulamenta dispositivo do Decreto-lei nº 1.310, de 8 de fevereiro de 1974, que trata de arrendamento pelo Ministério do Exército de imóveis sob sua jurisdição, e dá outras providências.

- Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974 – Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.

- Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 – Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências.

- Portaria Normativa Interministerial nº 850-MD/MRE, de 12 de junho de 2009 - Dispõe sobre a prestação de assistência à saúde, pelo Hospital das Forças Armadas e pelas Organizações Militares de Saúde das Forças Armadas, aos Adidos Militares, Adjuntos e Auxiliares estrangeiros acreditados no Brasil e respectivos dependentes legais e dá outras providências.

- Portaria Normativa nº 2.032-MD, de 4 de julho de 2013 – Aprova as diretrizes para a aquisição, a doação e a alienação do patrimônio imobiliário administrados pelas Forças Armadas.

- Portaria Normativa SHR nº 3, de 30 de julho de 2009, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências.
- Portaria nº 2.400-MD, de 16 de novembro de 1999 – Aprova o Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.
- Portaria SVS/MS nº. 6 de 29 de janeiro de 1999 – Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Portaria MS/GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 – Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI.
- Portaria SVS/MS n° 453, de 1º de junho de 1998 – Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-X diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998 – Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.
- Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1931, de 17 de setembro de 2009 – Código de Ética Médica.
- Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da ANVISA – Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.
- Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, da ANVISA – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Norma Brasileira ABNT NBR 9050, de 31 de maio de 2004 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.
- Orientações Gerais para Central de Esterilização – Série A – Normas e Manuais Técnicos nº 108 – Ministério da Saúde, 2001.
- Acordo de Cooperação, celebrado entre o Ministério da Defesa (MD) e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP), em 22 de dezembro de 2010, informado através do Aviso Ministerial nº 303 / MD, de 23 de dezembro de 2010.
- Portaria nº 197, de 18 de março de 2011 – Aprova o Regulamento da Diretoria de Saúde (R-58) e dá outras providências.
- Portaria nº 176, de 14 de março de 2011 – Aprova as Instruções Gerais para o Funcionamento da Assistência Médico-Hospitalar no Exterior aos Militares, Pensionistas e seus Dependentes (IG 70-05) e dá outras providências.
- Portaria nº 1.275, de 28 de dezembro de 2010 – Diretriz para Adequação do EB à Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS).
- Portaria nº 1.067, de 29 de outubro de 2010 – Institui e regula as atividades do Comitê Gestor de Parcerias Público-Privadas do Exército Brasileiro, alterada pela Portaria nº 742, de 12 de setembro de 2012.
- Portaria nº 729, de 7 de outubro de 2009 – Dispõe sobre a reclassificação e a transformação de organizações militares de saúde e dá outras providências.

- Portaria nº 727, de 7 de outubro de 2009 – Aprova a classificação das organizações militares de saúde e dá outras providências.

- Portaria nº 726, de 7 de outubro de 2009 – Define a oferta básica de atendimento, em tempo de paz, de especialidades e áreas de atuações médicas, farmacêuticas e odontológicas nas Organizações Militares de Saúde do Exército e dá outras providências.

- Portaria nº 457, de 15 de julho de 2009 – Aprova a Diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército.

- Portaria nº 422, de 19 de junho de 2008 – Aprova as Instruções Gerais da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (IG 30-18).

- Portaria nº 386, de 9 de junho de 2008 – Aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Gestão Ambiental no Âmbito do Exército (IR 20 - 10).

- Portaria nº 277, de 30 de abril de 2008 – Aprova as Instruções Gerais para a Administração dos Próprios Nacionais Residenciais do Exército (IG 50-01) e dá outras providências.

- Portaria nº 934, de 20 de dezembro de 2007 – Determina a atualização do Sistema de Gestão Ambiental do Exército Brasileiro.

- Portaria nº 878, de 28 de novembro de 2006 – Aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes – SAMMED (IG 30-16) e dá outras providências.

- Portaria nº 653, de 30 de agosto de 2005 – Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32) e dá outras providências.

- Portaria nº 863, de 23 de novembro de 2005 – Estabelece critérios para a contribuição mensal obrigatória para a assistência médico-hospitalar dos militares, pensionistas e dependentes e dá outras providências.

- Portaria nº 513, de 11 de julho de 2005 – Aprova as Instruções Gerais para a Utilização do Patrimônio Imobiliário Jurisdicionado ao Comando do Exército (IG 10-03) e dá outras providências.

- Portaria nº 373, de 24 de junho de 2004 – Altera a denominação de Farmácias Militares para Farmácias Ambulatoriais do Exército (FAEx) e dá outras providências.

- Portaria nº 073, de 27 de fevereiro de 2003 – Aprova as Instruções Gerais para o Planejamento e Execução de Obras Militares no Exército (IG 50-03).

- Portaria nº 759, de 20 de dezembro de 2002 – Aprova as Normas para Implantação e Funcionamento das Comissões de Ética Medica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército.

- Portaria nº 535, de 5 de outubro de 1993 – Aprova as Instruções Gerais sobre a Prestação de Assistência Médico-Hospitalar aos Adidos, Adjuntos, Auxiliares de Adidos, Oficiais e Praças Estrangeiros matriculados em estabelecimentos de ensino do Exército Brasileiro e aos seus dependentes (IG 10-74).

- Diretriz Geral do Comandante do Exército para o período de 2011-2014.

- Plano Estratégico do Exército (PEEx-2014) – SIPLEx-5.

- Portaria nº 223-EME, de 12 de novembro de 2013 – Nomeia os integrantes do Subcomitê Gestor da Parceria Público-Privada do Projeto de Hospitais Militares (SCGP-HOSPMIL).

- Portaria nº 167-EME, de 22 de agosto de 2013 – Institui o Subcomitê Gestor de Parceria Público-Privada do Projeto de Hospitais Militares (SCGP-HOSPMIL).

- Portaria nº 092-DGP, de 2 de julho de 2012 – Aprova as Normas para Procedimento Assistencial em Rabdomiólise no Âmbito do Exército (EB30-N-20.001).

- Portaria nº 049-DGP, de 2 de fevereiro de 2012 – Aprova a Diretriz para o Funcionamento da Hotelaria Hospitalar nas Organizações Militares de Saúde do Exército.
- Portaria nº 001-DEC, de 26 de setembro de 2011 – Aprova as Instruções Reguladoras para o Sistema de Gestão Ambiental no Âmbito do Exército (IR 50 - 20).
- Portaria nº 064-DGP, de 5 de maio de 2011 – Aprova a Diretriz para a Criação, a Organização e o Funcionamento do Centro de Pesquisas do Serviço de Saúde do Exército (CPSSEx) e dá outras providências.
- Portaria nº 244-DGP, de 17 de novembro de 2010 – Aprova as Normas Técnicas para o Funcionamento da Hotelaria Hospitalar nas Organizações Militares de Saúde do Exército.
- Portaria nº 031-DGP, de 9 de fevereiro de 2010 – Define escopo e designa os gerentes para gestão dos Sistemas Integrados da Saúde (SIS).
- Portaria nº 279-DGP, de 11 de novembro de 2009 – Aprova as Instruções Reguladoras dos Postos Médicos de Guarnição (IR 30-86).
- Portaria nº 150-DGP, de 27 de maio de 2009 – Aprova a Diretriz para Realização de Intervenção Coronariana Percutânea em Pacientes do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes.
- Portaria nº 147-DGP, de 26 de maio de 2009 – Aprova o Regimento Interno do Departamento-Geral do Pessoal (RI/R-156).
- Portaria nº 105-DGP, de 23 de abril de 2009 – Aprova a proibição de procedimentos cirúrgicos de lipoaspiração no âmbito do Exército.
- Portaria nº 007-DGP, de 27 de janeiro de 2009 – Aprova as Normas Reguladoras do Exercício de Acupuntura no âmbito do Serviço de Saúde do Exército.
- Portaria nº 117-DGP, de 19 de maio de 2008 – Aprova as Instruções Reguladoras da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro - PASS (IR 30-57).
- Portaria nº 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008 – Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38).
- Portaria nº 281-DGP, de 12 de dezembro de 2007 – Aprova as Instruções Reguladoras para o Fornecimento de Medicamento de Custo Elevado para Tratamento Prolongado aos Beneficiários do FUSEx (IR 30-56).
- Portaria nº 142-DGP, de 10 de julho de 2007 – Aprova as Instruções Reguladoras para a Execução da Evacuação e do Traslado de Corpos (IR 30-51).
- Portaria nº 011-DEC, de 4 de outubro de 2005 – Aprova as Instruções Reguladoras de Utilização do Patrimônio Imobiliário Jurisdicionado ao Comando do Exército (IR 50-13).
- Portaria nº 147-DGP, de 12 de setembro de 2005 – Aprova as Normas para Encaminhamento de Beneficiários dos Sistemas SAMMED-AMHB e SAMMED-AMHS-FUSEx para Unidade de Atendimento, Organização Civil de Saúde ou Profissional de Saúde Autônomo de outra Região Militar ou de outra Guarnição da mesma Região Militar.
- Portaria n 097-DGP, de 6 de setembro de 2004 – Aprova as Normas Técnicas para o Funcionamento das Farmácias Ambulatoriais do Exército.
- Portaria nº 207-DGP, de 17 de dezembro de 2003 – Aprova as Normas para Implantação da Ficha de Informações Gerenciais das Organizações Militares de Saúde.
- Portaria nº 069 - DGP, de 17 de abril 2003 – Aprova as Normas Técnicas sobre Vacinação e Uso de Imunobiológicos no Exército.

- Portaria nº 032-DGP, de 28 de março de 2003 – Aprova as Normas para Evacuação Aeromédica dos Beneficiários do FUSEx na Amazônia, em Situações de Urgência ou Emergência.

- Portaria nº 091-DGP, 10 de outubro de 2001 – Aprova as Normas Gerais Para o Programa De Planejamento Familiar no Âmbito das Organizações Militares de Saúde do Exército.

- Portaria nº 076-DGP, de 14 de agosto de 2001 – Aprova as Normas Técnicas para Realização de Cirurgias Oftalmológicas Refrativas.

- Portaria nº 056-DGP, de 26 de junho de 2001 – Aprova as Normas Reguladoras para o Atendimento Médico-Hospitalar, Ambulatorial e Odontológico aos Servidores Civis do Exército (Ativos, Inativos) e seus Dependentes Diretos, em Caráter Temporário, nas Organizações Militares de Saúde/ Organizações Militares e nas Organizações Civis Saúde/ Profissionais de Saúde Autônomos contratadas/credenciados, do Fundo de Saúde do Exército.

- Portaria nº 025-DGS, de 13 de setembro de 1999 – Aprova as Normas Gerais de Procedimentos para Padronização da Coleta de Dados Estatísticos das Atividades de Saúde no Âmbito do Exército.

- Portaria nº 010-DGS, de 20 de abril de 1999 – Aprova as Normas Reguladoras para Implantação do Serviço de Coordenação e Controle de Receitas e Despesas dos Setores da Atividades-Fim nas Organizações Militares de Saúde do Exército.

- Diretriz do Chefe do Departamento-Geral do Pessoal, para o biênio 2013-2014 – "A dimensão humana da Força".

- Nota Informativa nº 001-DSau, de 13 de outubro de 2011 – Orientação para a assistência médico-hospitalar a ser prestada aos ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes.

ANEXO II À DIRETRIZ DE PLANEJAMENTO DO PROJETO PPP-HOSPMIL

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AM	Amazonas
AMAN	Academia Militar das Agulhas Negras
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidentes vasculares cerebrais
BA	Bahia
C Mil A	Comando Militar de Área
CC/PR	Casa Civil da Presidência da República
CComSEx	Centro de Comunicação Social do Exército
CE	Ceará
CFM	Conselho Federal de Medicina
CERTOO	Centro de Reabilitação e Tratamento dos Olhos e Ouvidos
CGP	Comitê Gestor de Parceria Público-Privada Federal
CGP-EB	Comitê Gestor de Parceria Público-Privada do Exército Brasileiro
CMA	Comando Militar da Amazônia
Cmdo CMA	Comando do Comando Militar da Amazônia
Cmdo CMN	Comando do Comando Militar do Norte
Cmdo CMP	Comando do Comando Militar do Planalto
Cmdo 11ª RM	Comando da 11ª Região Militar
Cmdo 12ª RM	Comando da 12ª Região Militar
Cmdo 8ª RM	Comando da 8ª Região Militar
Cmdo RM	Comando de Região Militar
CML	Comando Militar do Leste
CMN	Comando Militar do Norte
CMP	Comando Militar do Planalto
COMAER	Comando da Aeronáutica
CM	Comando da Marinha
CRI	Centro de Recuperação de Itatiaia
DBFOMT	D = design/projetar; B = build/construir; F = finance/financiar;
DEC	Departamento de Engenharia e Construção
DF	Distrito Federal
DGP	Departamento Geral do Pessoal
EB	Exército Brasileiro
EME	Estado-Maior do Exército
END	Estratégia Nacional de Defesa
EPEx	Escritório de Projetos do Exército
FA	Forças Armadas
Gen Ex	General-de-Exército
H Ge	Hospital Geral
H Gu	Hospital de Guarnição
HCamp	Hospital de Campanha

HCE	Hospital Central do Exército
HE/AMAN	Hospital Escolar da Academia Militar das Agulhas Negras
HMAB	Hospital Militar da Área de Brasília
HMAM	Hospital Militar da Área de Manaus
IBEx	Instituto de Biologia do Exército
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inmetro	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
LQFEx	Laboratório Químico Farmacêutico do Exército
MD	Ministério da Defesa
MF	Ministério da Fazenda
MG	Minas Gerais
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MP	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OCEx	Odontoclínica Central do Exército
OCS	Organização Civil de Saúde
ODG	Órgão de Direção Geral
ODS	Órgãos de Direção Setorial
OM	Organização Militar
OMS	Organização Militar de Saúde
PA	Pará
PAM	Pronto Atendimento Médico
PASS	Prestação de Assistência à Saúde Suplementar
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PEEx	Plano Estratégico do Exército
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMI	Proposta de Manifestação de Interesse
PNR	Próprio Nacional Residencial
PO	Plano Orçamentário
PPP	Parceria Público-Privada
PPP-HOSPMIL	Parceria Público-Privada do Projeto de Hospitais Militares ou Parceria Público-Privada do Projeto de Complexos de Saúde do Exército
PR	Paraná
QCP	Quadro de Cargos Previstos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RM	Região Militar
RN	Rio Grande do Norte
RO	Rondônia
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina

SCGP-EB	Subcomitê Gestor de Parceria Público-Privada do Exército Brasileiro
SCGP-HOSPMIL	Subcomitê Gestor de Parceria Público-Privada do Projeto de Hospitais Militares
SE	Sumário Executivo
SEF	Secretaria de Economia e Finanças
SIPLEx	Sistema de Planejamento do Exército
SP	São Paulo
SPE	Sociedade de Propósito Específico
TCU	Tribunal de Contas da União
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TICS	Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde
TR	Termo de Referência
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva